

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 210

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

NÉVRITES PUERPÉRALES LOCALISÉES

AUX MEMBRES SUPÉRIEURS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH DOZ

Externe des Hôpitaux

Né le 13 Octobre 1890, à Lyon



LYON

IMPRIMERIE DE LA SOURCE

21, Rue Vieille-Monnaie

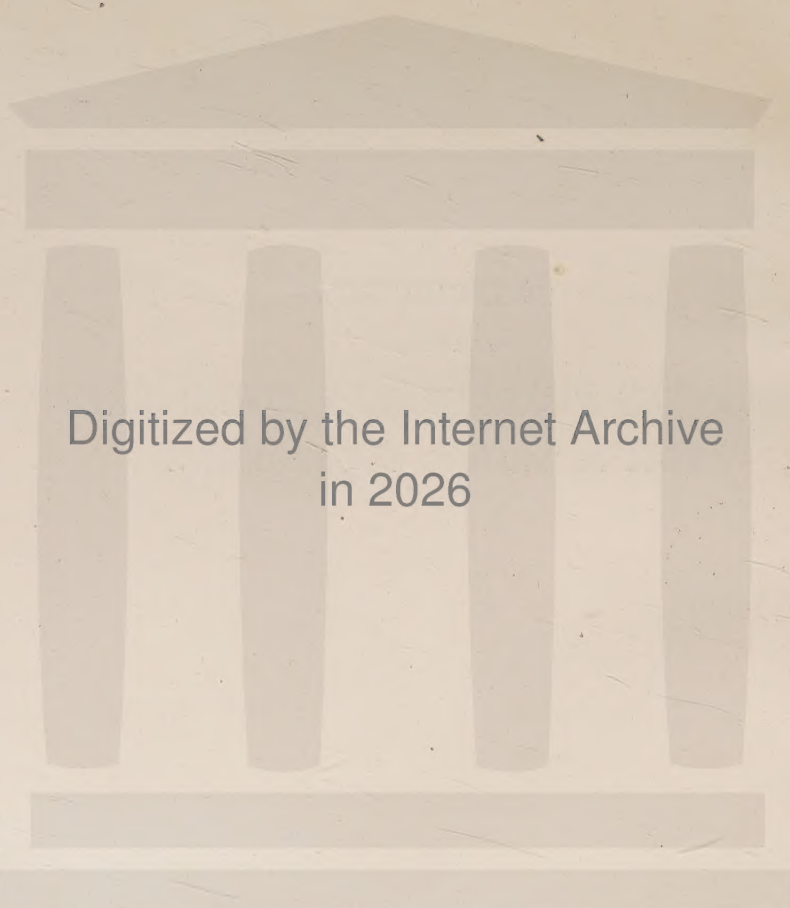
1920

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

NÉVRITES PUERPÉRALES LOCALISÉES

AUX MEMBRES SUPÉRIEURS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 210

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

NÉVRITES PUERPÉRALES LOCALISÉES

AUX MEMBRES SUPÉRIEURS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH DOZ

Externe des Hôpitaux

Né le 13 Octobre 1890, à Lyon



LYON

IMPRIMERIE DE LA SOURCE

21, Rue Vieille-Monnaie

1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNEQ. DOYEN.
J. LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	(MM. TEISSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD FABRE ROLLET NICOLAS LÉPINE (J.) WEILL POLLOSSON (A.) CLUZET HUGOUNEQ MOREL MOREAU GUIART LATARJET POLICARD DOYON COLLET MOURIQUAND PAVIOT X... ARLOING (F.) ÉTIENNE MARTIN COURMONT (P.) PIC FLORENCE
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène.	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	X...
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Chirurgie expérimentale	VILLARD
Clinique infantile	X...
Déontologie et médecine professionnelle	X...

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LABOYENNE VORON NOGIER	MM. BRETIN LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE GUILLEMARD	MM. GARIN SAVY FROMENT THEVENOT (L) PIERY COTTE	MM. DUROUX BONNAMOUR, chargé des fonctions SARVONAT id. FAVRE id. GRAVIER id. ROUBIER id.
--	--	---	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je garde une profonde reconnaissance :

A MES PARENTS

*dont les sacrifices et la tendresse m'ont rendu la vie facile
et douce.*

* *

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

Ext. Supp. et Externat :

MM. WEILL

FABRE

PONCET (*in memoriam*)

GAYET

VIGNARD

DURAND

PAVIOT

VORON

*à qui je dois la formation de mon esprit ou mon éducation
professionnelle.*

INTRODUCTION

Les troubles nerveux survenant au cours de la puerpéralité ont attiré depuis longtemps l'attention des observateurs. Ce sont surtout les psychoses qui furent d'abord étudiées. Quoique beaucoup moins fréquentes, les paralysies puerpérales furent connues des anciens auteurs, puisque même Hippocrate en avait parlé.

*Ainsi quand on parcourt la littérature médicale ancienne, on trouve une somme considérable de documents sur les troubles nerveux de la puerpéralité. Mais, comme le fait remarquer Raymond dans sa thèse d'agrégation, « si on lit avec attention
« tous les faits accumulés sur la question, on se
« convainc bien vite du peu de valeur de ceux rap-
« portés par les auteurs. Parmi ces paralysies, les
« unes sont les symptômes de maladies communes,
« banales, pouvant se rencontrer chez la femme
« enceinte, aussi bien que chez celle qui ne l'est pas.
« Que de paralysies hystériques ! que de paralysies a*

« frigore, etc., ont été englobées sous le nom de paralysies de la grossesse ! » (De la puerpéralité, 1880).

Les auteurs anciens font, presque dans tous les cas, reposer la classification des troubles moteurs et sensitifs dans la grossesse, uniquement sur les données étiologiques et les symptômes, et non sur la pathogénie. Comme le fait remarquer Tuilant dans sa thèse, les auteurs qui adoptent de telles classifications, mêlent les névrites puerpérales proprement dites à des névrites éclatant au cours de l'état puerpéral, mais n'ayant avec lui aucun lien.

En somme, quand on fait une critique sérieuse des faits observés, on constate qu'un bien petit nombre seulement peuvent être mis sur le compte de l'état puerpéral avec lequel ils coïncident. C'est d'ailleurs ce qu'exprimait Siredey en 1884 : « Après avoir vu, dit-il, plus de huit mille accouchements durant les onze années que nous avons passées à la tête du service des femmes en couches à l'hôpital Lariboisière, nous avons à peine pu réunir six observations ayant trait à des troubles durables de l'intelligence ou du mouvement ».

La névrite puerpérale est donc une affection rare et d'une étiologie difficile à préciser. Celle qui survient après l'accouchement est assez facilement rattachée à un traumatisme au cours du travail, ou à une infection post-partum. Mais celle qui se voit pendant la grossesse est souvent d'un diagnostic étiologique embarrassant. Le fait nerveux pathologique est évident. Mais faut-il absolument le rapporter à la grossesse ? Ou bien la malade n'est-elle pas

sous le coup d'une infection cachée, d'une intoxication exogène : et dans ce cas, la névrite ne peut plus être qualifiée de névrite puerpérale.

En même temps que la malade dont nous rapportons l'observation, et chez laquelle le diagnostic pût-être nettement porté, nous avons rencontré une autre malade qui, après une grippe survenue au sixième mois de sa grossesse, présenta une névrite, d'ailleurs légère des membres supérieurs. Il est logique dans ce cas de rattacher la névrite à la grippe, maladie infectieuse. On ne peut pas nier cependant que l'état puerpéral n'ait pu avoir une certaine part dans la production de cette névrite, mais le doute où l'on restait ne permettait pas d'en faire une névrite puerpérale.

Parmi les névrites puerpérales, nous éliminerons d'emblée les névrites généralisées pour nous occuper seulement des névrites localisées du type supérieur : nous entendons ainsi les névrites qui se limitent aux membres supérieurs (appelées par certains auteurs « polynévrites localisées »). Nous négligerons donc les névrites qui se « localisent » sur un seul tronc nerveux et que l'on appelle « mononévrites » (nerf facial, nerf optique, etc.). Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Dr Voron, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, une malade qui présenta pendant sa grossesse, à la suite de vomissements graves, une névrite du membre supérieur droit. C'est ce qui nous a engagés à entreprendre le présent travail sur les névrites puerpérales localisées aux membres supérieurs.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Observées dès l'antiquité avec les autres manifestations nerveuses pathologiques de la puerpéralité, les névrites puerpérales ne furent bien étudiées que dans les temps modernes.

Dans son traité des Maladies de la moelle épinière (1879), Leyden précise déjà et limite la notion pathogénique de la paralysie puerpérale, quand il divise ces paralysies en deux groupes, celles qui sont dues à la compression ou à l'inflammation du nerf pendant l'accouchement ou la grossesse, et celles qui sont dues à des maladies infectieuses et aiguës et semblent dériver de la moelle. Dans la plupart des traités (Siredey, Jaccoud, etc.) on se contente de signaler l'affection.

En 1886, Kast, dans un travail sur la névrite primitive rapporte une observation de paralysie puerpérale

d'origine névritique. Mais c'est Mœbius qui le premier, en 1887, groupe sept observations de névrite puerpérale localisée aux membres supérieurs, dans les territoires terminaux des nerfs médiane et cubital, toutes affections survenues dans les suites de couches. L'auteur les assimile aux névrites que l'on rencontre dans beaucoup de maladies infectieuses, et qui reconnaissent la même étiologie que ces dernières.

L'année suivante, en 1888, Desnos, Joffroy et Pinard, publient une observation intéressante de polynévrite survenue pendant la grossesse, à la suite de vomissements incoercibles. La névrite qui débuta par les membres inférieurs et envahit les membres supérieurs quelques jours après, disparut à la suite d'un avortement provoqué, imposé par l'état très grave de la malade. Peu de temps après cette publication, Whitfield en Angleterre, présentait une observation analogue.

Korsakow, en 1890, étudie spécialement les polynévrites puerpérales en insistant sur le délire qui les accompagne.

Enfin en 1891, Tuilant, dans sa thèse, offrait un bon travail d'ensemble où il analysait et critiquait les observations rapportées avant lui, en y ajoutant trois cas ; cette thèse constitue réellement la première revue générale complète sur la question. Puis apparaît l'anatomie pathologique de la névrite puerpérale avec un cas de Soloviev, en 1892 ; la névrite parenchymateuse (à l'exclusion d'autres lésions) fut confirmée par Korsakow (1892), puis par Saenger (1900), qui fit aussi des examens bactériologiques sans résultat.

En 1892 également, Devic observe une psychose

polynévritique et Strauss en 1893 en fait le sujet de sa thèse (De la psychose polynévritique, Lyon 1893).

Finalement, en 1894, la névrite puerpérale est étudiée dans les traités : Vinay y consacre un article assez long dans son *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*.

En 1896 sont publiées trois observations de névrite gravidique localisée supérieure, deux de Elder et une de Parker (Lancet-London).

La même année, Bayle (Th. de Lyon) fait une étude complète des névrites puerpérales comprenant celles qui apparaissent dans la grossesse et dans les suites de couches, avec leurs différentes formes.

Bar (1904) publie une observation d'atrophie musculaire, type Aran-Duchenne, d'origine puerpérale après une albuminurie grave. En même temps on observe des mononévrites variées et Bar en publie un cas.

Après une revue complète de la question des névrites puerpérales (Naureils, Th. de Bordeaux, 1903), on en revient aux études plus spécialisées : Puyo (Th. Paris, 1904) s'occupe des névrites uniquement gravidiques de types variés ; et Ducasse en 1912 (Th. de Bordeaux) étudie les « syndrômes douloureux bénins observés au cours de la grossesse » et en fait des « névrites gravidiques légères ».

A notre tour nous étudions une partie spéciale de cette vaste question des névrites puerpérales, limitant notre sujet aux névrites puerpérales localisées aux membres supérieurs.

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION DES NÉVRITES PUERPÉRALES LOCALISÉES SUPÉRIEURES

Afin d'avoir un point de comparaison pour notre observation, nous allons résumer brièvement les observations déjà publiées et où les symptômes sont analogues ou identiques à ceux que présente notre malade.

Rappelons que les névrites puerpérales peuvent être localisées aux membres supérieurs ou inférieurs ou généralisées aux quatre membres. Ces dernières sont de beaucoup les plus nombreuses, puis viennent les névrites localisées supérieures, puis les inférieures.

Sur 59 cas de névrites puerpérales variées que nous avons pu retrouver dans les travaux antérieurs, il y a

28 cas de névrites généralisées, soit 47,5 %, 17 cas de névrites localisées supérieures, soit 28,8 %, et enfin 14 cas de névrites localisées inférieures, soit 23,7 %.

Nous résumons seulement les principaux cas de névrites localisées supérieures, type décrit dans notre observation.

I. NÉVRITES LOCALISÉES DES SUITES DE COUCHES

OBSERVATION I. résumée (MÆBIUS)

Une femme de 22 ans a accouché le 12 avril 1886. Trois jours après son accouchement, elle eût un frisson et ressentit en même temps dans le bras droit des douleurs lancinantes qui persistèrent six jours. Le neuvième jour, la malade se lève, la main était parésiée. Cette faiblesse persista, et de temps en temps des douleurs lancinantes se font sentir, mais moins intenses qu'au début. Cette femme examinée le 12 octobre 1886 présente une atrophie moyenne de l'éminence thénar droite avec réaction de dégénérescence. Pas d'anesthésie bien nette dans le domaine du médian.

Les muscles de la main et de l'avant-bras, innervés par le cubital, sont légèrement atrophiés et présentent une réaction de dégénérescence partielle. Anesthésie de la peau des 4^e et 5^e doigts (cubital). Pas d'hyperesthésie à la pression des troncs nerveux. Amélioration par le traitement électrique.

OBSERVATION II. résumée (MÆBIUS)

Une femme de 25 ans, à la suite de péritonite puerpérale, se trouve dans l'impossibilité de fléchir complètement les doigts de la main droite ; paresthésie de la main et de l'avant-bras. Parésie et atrophie légère des fléchisseurs des doigts. Ces phénomènes durent quelques semaines, puis diminuent, mais la flexion des phalanges de l'index droit ne fut possible qu'au bout de trois mois.

OBSERVATION III. résumée (MÆBIUS)

Une femme de 32 ans, sent sa main droite engourdie depuis le lendemain de son accouchement. Quelques semaines après, elle sent une douleur irradiée du coude aux 5^e et 6^e doigts. Anesthésie de la main dans le domaine du cubital. Parésie légère de l'avant-bras et de la main; pas d'altération de l'excitabilité électrique. Au niveau du coude, le nerf cubital est très sensible à la pression.

OBSERVATION IV. résumée (MÆBIUS)

Une semaine après son accouchement, une femme ressent de violentes douleurs dans l'épaule droite; l'élévation du bras devient bientôt impossible. Onze semaines après, atrophie des muscles de l'épaule avec dégénérescence, parésie du triceps et anesthésie dans le territoire du circonflexe.

OBSERVATION V. résumée (MÆBIUS)

Femme de 22 ans. Depuis son accouchement, elle ressent des douleurs intenses dans le bras droit. Les douleurs ont surtout augmenté pendant le deuxième mois des suites de couches. Le bras s'est affaibli progressivement. Parésie diffuse du bras droit et hyperesthésie du plexus brachial au début du troisième mois. Guérison complète en quelques semaines.

OBSERVATION VI. résumée (MÆBIUS)

Femme de 30 ans, multipare. Accouchement le 20 janvier 1889, après une grossesse normale. Pas de fièvre dans les suites de couches. Environ un mois après l'accouchement, la main gauche devient le siège de douleurs fulgurantes. Puis la force musculaire des deux mains diminue. Les membres supérieurs présentent rapidement de l'atrophie. Sensations de picotements et de brûlures aux deux mains; diminution notable des mouvements. Quinze jours après le début de ces phénomènes, sensation de picotements dans

les hanches et légère diminution de la force dans les deux membres inférieurs.

* *

Toutes ces observations concernant des névrites supérieures montrent que très souvent les deux bras sont atteints, mais le bras droit un peu plus précocement que le gauche et plus fortement que lui. Quelquefois même, quoique la névrite soit localisée aux membres thoraciques, les membres inférieurs peuvent être le siège de certains phénomènes superficiels et fugaces (fourmillements, diminution de la force musculaire). En tout cas, ce fait que le bras droit est atteint bien plus souvent que le gauche, avait déjà frappé Mobius. Cet auteur pensait que la névrite puerpérale se localisait avec prédilection au bras droit, comme la paralysie diphtérique sur le voile du palais, la paralysie saturnine sur le radial, etc. ; pour lui cet élément permettrait de conclure au diagnostic étiologique.

D'autre part, quand on considère les troubles sensitifs et les troubles moteurs, on trouve que dans la majorité des cas, les premiers sont intenses dès le début, précédant le plus souvent les seconds. Mais par contre, les troubles sensitifs disparaissent plus vite, tandis que les phénomènes moteurs sont plus tenaces. Tous les cas évoluent enfin plus ou moins lentement vers la guérison.

Voici maintenant une observation où, en plus des faits précédents, on trouve des troubles trophiques.

OBSERVATION VII. résumée (TUILANT)

Femme de 22 ans, ayant accouché d'un gros enfant : 4010.

L'accouchement laborieux se termine par une déchirure du périnée. Suites de couches fébriles dès le début. Le huitième jour après l'accouchement apparaissent quelques petites vésicules sur la pulpe des doigts des deux mains, puis une desquamation suivie d'épaississement de la peau. La malade voulant coudre s'aperçoit que sa main droite est très faible, et surtout l'index droit. Pas de douleurs spontanées. Bientôt on voit l'atrophie de l'éminence thénar. La malade ne peut pas serrer un objet dans la main droite. La contractilité faradique de l'avant-bras et de la main est diminuée. Guérison partielle par l'électricité au bout de dix-huit mois.

*
* *

Cette observation montre nettement la relation qui existe entre les suites de couches fébriles et l'apparition de la névrite. Celle-ci se manifeste par des troubles trophiques aux deux mains, mais c'est à droite seulement que la lésion se localise : la motilité disparaît en même temps que se marque l'atrophie. Enfin, bien que la lésion soit assez importante puisqu'au bout de dix-huit mois la guérison n'était que partielle, l'examen électrique montre une simple diminution de la contractilité faradique.

En somme, toutes les observations que nous avons résumées plus haut sont toutes apparues à une époque variable après l'accouchement. Au contraire, les observations que nous allons présenter concernent des névrites localisées comparables aux précédentes, mais apparues au cours de la grossesse.

II. NÉVRITES LOCALISÉES DE LA GROSSESSE

La plupart des auteurs ont vu des névrites généralisées succéder aux vomissements graves de la gros-

sesse : l'observation de Desuos, Joffroy et Pinard, celle de Whitfield, celle de Devic le montrent nettement. Dans notre observation au contraire, aux vomissements de la grossesse succéda une *névrite localisée* du type supérieur, comparable à celles que Mobius ou Tuilant n'avaient observées que dans les suites de couches. De même Bar a signalé une névrite supérieure, type Aran-Duchenne, survenue chez une éclampsique ; l'éclampsie étant une autre forme grave de l'intoxication gravidique.

D'autre part, Elder et Parker (Lancet London, 1896) ont publié des observations de névrites localisées supérieures, survenues pendant la grossesse, mais sans troubles généraux, ni vomissements, ni albuminurie : c'étaient d'ailleurs des affections bénignes.

Il semble donc que ces névrites localisées supérieures de la grossesse peuvent se présenter sous deux formes ; les unes légères sans signes généraux, les autres avec une marque d'intoxication plus ou moins grave, vomissements ou albuminurie grave et éclampsie.

Ducasse, en 1912, avait bien signalé des névrites gravidiques bénignes, mais c'étaient seulement des « syndrômes douloureux bénins », névralgies sans troubles moteurs.

a) **Forme légère : sans vomissements ni albuminurie**

OBSERVATION VIII. résumée

(G. ELDER, *Lancet London*, 1896)

(in *th. de Puyo*)

Une femme de 33 ans, ayant déjà huit enfants, tous en bonne santé, n'ayant pas eu de fausses couches, se plaint de faiblesse et de picotements dans les deux mains depuis

environ deux mois. C'est au sixième mois de sa grossesse (neuvième grossesse) qu'elle commença à ressentir des picotements dans la main *droite*, avec sensation de piqûres d'épingles, surtout la nuit. Les douleurs augmentèrent, devinrent lancinantes, puis la malade ressentit un *refroidissement* de sa main et ne put plus en faire usage comme auparavant.

Souvent les douleurs provoquaient de l'insomnie ; et bientôt la main gauche fut atteinte de la même manière, et, tout dernièrement, elle ressentit un léger engourdissement de la cuisse gauche. Actuellement, la malade est enceinte de huit mois. Elle se plaint de céphalée légère, mais n'a ni vomissements, ni nausées, ni aucun trouble de la vue.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Les douleurs lancinantes, les picotements, les impressions de froid et de chaud sont maintenant très accusées. La malade peut tenir à la main, sans douleur, une bouillote d'eau chaude qu'une autre personne ne pourrait pas supporter. Elle laisse tomber tout ce qu'elle prend, elle est très maladroite de ses mains. Cependant, la force est assez conservée et les deux mains serrent assez bien. C'est donc surtout une perte de la sensation du tact, beaucoup plus accusée dans la main droite que dans la gauche.

Immédiatement après l'accouchement qui fut normal, les symptômes commencèrent à s'atténuer. Guérison en trois à quatre semaines.

OBSERVATION IX. résumée

(PARKER, *Lancet London*, 1896)

(in th. de Puyo)

Femme de 42 ans, ayant eu neuf enfants et une fausse couche. Cinq accouchements au forceps ; un enfant mort-né, huit bien portants. Malade très anémiée. Elle vient consulter en août 1893, pour de fortes douleurs et faiblesses dans les

deux mains : douleurs fulgurantes et piqûres d'épingles, plus fortes la nuit. Peu à peu, se sert difficilement de ses mains. On constate : perte considérable de la force de flexion des doigts aux deux mains, diminution très marquée de la sensibilité aux deux mains, refroidissement des mains.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Plusieurs examens successifs furent négatifs.

Les symptômes devinrent plus accusés, jusqu'à l'accouchement qui se fit en novembre 1893. Tout de suite après, les symptômes diminuent et disparaissent complètement un mois après l'accouchement. Cette guérison se produisit malgré un accouchement laborieux, suivi de déchirure du périnée allant jusqu'au rectume. Les suites de couches furent normales.

La malade resta très anémiée, longtemps après la disparition de la névrite (qui n'était donc pas due à l'anémie).

Actuellement (1896), la malade est enceinte de nouveau, mais n'a pas présenté de signes de névrite pendant sa grossesse. Cependant, le dixième jour avant l'accouchement et jusqu'à l'accouchement, la malade ressentit quelques douleurs dans les mains.

*
* *

Dans ces deux observations, nous voyons l'affection débiter au cours d'une grossesse jusque-là normale. C'est comme toujours, la main droite qui est prise la première, et, quand la main gauche est atteinte à son tour, les symptômes restent plus accentués du côté droit.

Pendant toute la durée de l'affection, ce sont les signes sensitifs qui dominent : picotements et douleurs lancinantes qui augmentent à la fin de la grossesse.

Quand aux troubles moteurs, ils sont légers, la

force musculaire restant toujours assez suffisante : pour les auteurs, c'est surtout la grande diminution de la sensibilité tactile qui gêne la préhension.

Notons enfin l'absence de troubles généraux et de vomissements, et les urines toujours normales.

On peut donc bien faire de ces névrites localisées de la grossesse une *forme légère*. Du reste, l'évolution rapide vers la guérison qui commence immédiatement après l'accouchement et devient complète au bout d'un mois au maximum, confirme cette manière de voir.

b) **Forme grave : signes généraux et vomissements,**
ou albuminurie grave.

Nous avons encore les signes sensitifs et moteurs comme précédemment, mais ils se caractérisent par leur plus grande intensité et leur plus longue durée ; de plus, nous avons ici des signes généraux que l'on ne voit pas dans la forme légère ; enfin et c'est le fait principal, cette névrite succède aux vomissements graves de la grossesse, alors que les auteurs ont toujours signalé jusqu'ici des névrites généralisées à la suite des vomissements graves.

OBSERVATION X. inédite

(Service de M. le Dr VORON, maternité de l'Hôtel-Dieu)

M^{me} B., 25 ans, entre à l'infirmerie de la Maternité, le 20 janvier 1920. Cette malade, enceinte de sept mois (D. R. 6-10 juin 1919 — Acc¹ probable, le 15 mars 1920) est amenée à l'hôpital, car elle a de la fièvre, de l'agitation et une forte douleur dans le bras droit.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : aucune maladie antérieure,

aucun trouble nerveux, excellente santé habituelle. Elle est enceinte pour la quatrième fois.

Première grossesse, en 1914 : Grossesse normale ; accouchement d'un gros enfant de 4.500, nécessitant l'application du forceps ; suites de couches normales.

Deuxième grossesse, en 1916 : grossesse normale ; accouchement spontané d'un enfant de 4.350 ; l'accouchement est suivi d'hémorragie — délivrance artificielle — bonnes suites de couches.

Troisième grossesse, en juin 1918 : dès les premiers mois apparaissent des pertes rouges de plus en plus importantes, qui aboutissent à une fausse couche au quatrième mois. La malade rapidement remise reprit ses occupations et resta en bonne santé ; elle engraisa de vingt kilogs en un an.

Grossesse actuelle. La malade devient enceinte pour la quatrième fois (D. R. 6-10 juin 1919). A peu près à un mois de grossesse, la malade commence à vomir, d'abord le matin, puis bientôt après chaque repas. Rapidement surviennent l'amaigrissement, l'inappétence, des lipothymies fréquentes, une faiblesse générale marquée. Malgré les changements de régime et une médication gastrique, les vomissements augmentent.

En même temps se manifeste un changement de caractère ; la malade dit qu'elle « ne peut plus rien supporter » : les jeux et les cris de ses enfants l'exaspèrent. Peu à peu s'installent l'insomnie et des cauchemars effrayants qui troublent le sommeil. Puis, même à l'état de veille, la malade est troublée par des hallucinations où elle revoit des parents morts ou tués à la guerre, ces hallucinations survenant surtout dans l'obscurité ; elle n'a jamais déliré et s'est toujours rendu compte de son état.

Le dimanche 11 janvier, les vomissements alimentaires mais surtout bilieux semblent encore plus abondants et

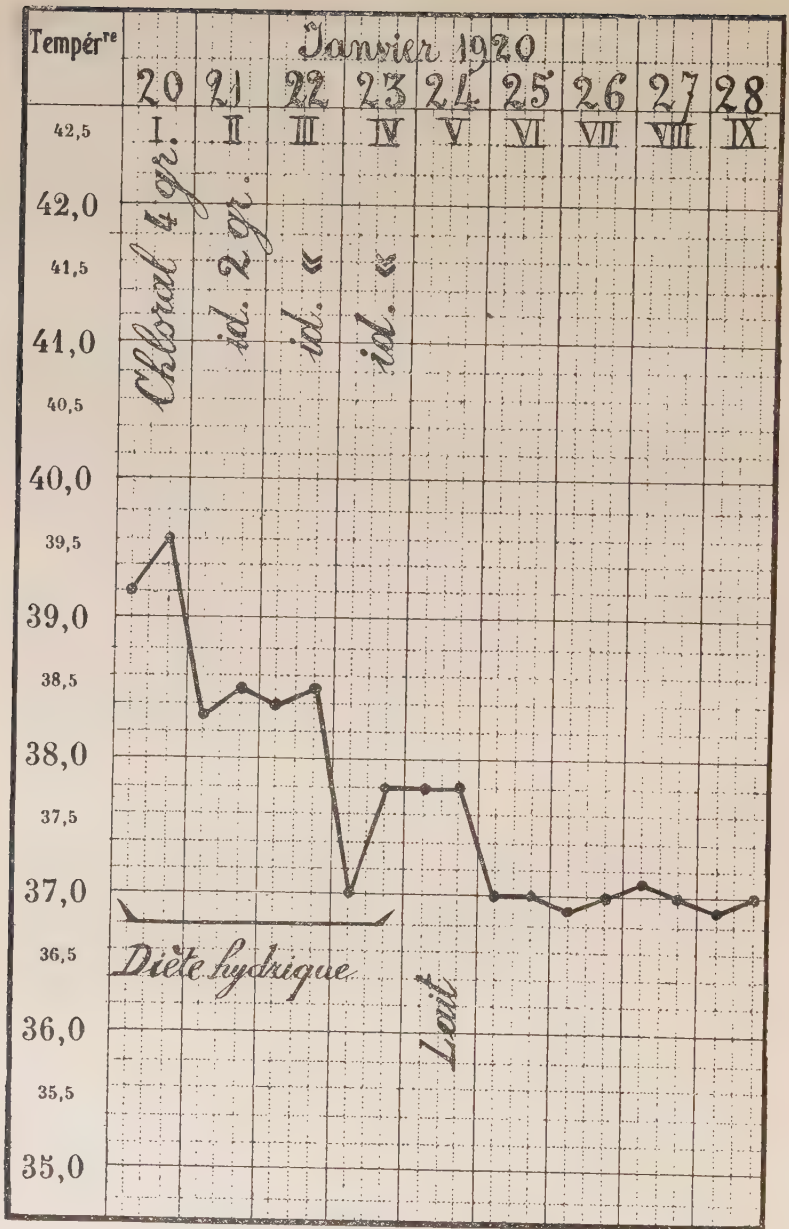
plus pénibles qu'auparavant. La constipation est opiniâtre depuis quelques jours ; la température atteint $38^{\circ} 9$ et oscille les jours suivants entre 38° et $38^{\circ} 5$ (la malade n'a pas marqué sa température chez elle, mais elle sait qu'elle n'a pas dépassé $38^{\circ} 5$ jusqu'à son entrée à l'hôpital).

Le 16 janvier au matin (à 5 heures), après une nuit relativement assez bonne, la malade ne distingue pas à son réveil la lumière du gaz. A 8 heures, le jour étant venu, elle commence à voir la lumière, mais de façon très diffuse ; elle voit également tous les objets avec des contours troubles ou même doubles. Elle prend en même temps une céphalée violente.

Un médecin appelé donne une potion calmante et examine les urines qui n'ont pas d'albumine. Des examens ultérieurs n'ont jamais décelé ni sucre ni albumine. Dans la journée, la malade commença à souffrir au niveau du poignet droit, et en vingt-quatre heures la douleur avait gagné tout le membre supérieur droit. Les cauchemars et les hallucinations persistent pendant la nuit ainsi que le lendemain. Les mêmes symptômes subsistent ainsi que la température, mais la vision s'améliore un peu.

Le 20 janvier, la malade est amenée à l'hôpital ; elle présente à son entrée de la céphalée, une langue très saburrale, mais surtout une vive agitation. Pas d'albumine ni de sucre. Température : $39^{\circ} 2$ le matin, $39^{\circ} 6$ le soir.

Dès son entrée, elle se plaint d'une douleur intense au niveau de tout le bras droit : la pression même légère, le moindre frôlement de la face antérieure du membre supérieur arrachent des cris à la malade qui se refuse à tout examen. Le bras est complètement immobile, collé au corps mais sans contractures, l'avant-bras allongé, les doigts légèrement fléchis dans la paume de la main. Les mouvements actifs sont absolument impossibles ; on ne peut pas non plus



provoquer de mouvements passifs à cause de la douleur. Tout le bras droit est légèrement plus rouge que le gauche.

On doit mettre la malade à l'isolement à cause de son agitation et de ses plaintes bruyantes ; mais elle ne délire pas.

Potion calmante au chloral ; purgation ; boissons aqueuses ; enveloppement du bras avec liniment calmant.

Au bout de quelques jours, l'hyperesthésie a diminué, la fièvre a disparu et l'on peut examiner le bras.

28 janvier. Tout d'abord on constate que la motilité est toujours inexistante. Pour faire le plus petit mouvement, la malade est obligée de soulever son bras droit avec son bras valide. Autrement, il reste complètement immobile, mais sans contractures. Si l'on dit à la malade de serrer la main, elle est dans l'impossibilité de le faire, le pouce n'ayant pas de mouvements d'opposition et les autres doigts ne bougeant presque pas.

Si l'hyperesthésie du début a disparu, la sensibilité n'est pas abolie. On ne trouve pas de zones d'anesthésie, mais une simple diminution de la sensibilité dans la zone du médian et du cubital. Ce qui frappe surtout, c'est le retard manifeste de la perception ; ce trouble est bien localisé au membre supérieur droit, le reste du corps étant absolument indemne. On note également une diminution de la sensibilité à la chaleur. L'examen électrique pratiqué quelques jours plus tard, alors que la motilité commence déjà à revenir, montre que la sensibilité électrique est conservée : l'excitabilité du nerf persiste. Mais la contractilité musculaire est diminuée, se manifestant par une certaine lenteur de la contraction. Pas de réaction de dégénérescence (D^r Badolle).

Les réflexes du membre supérieur droit sont diminués, paresseux.

Le 20 février (un mois après le début de l'affection), la malade n'a plus aucune douleur dans le bras droit, même à la pression, mais elle garde un certain degré d'impotence fonctionnelle. La main droite est toujours moins forte que la gauche, tandis que le bras et l'avant-bras ont récupéré à peu près leurs mouvements habituels. Cependant, jusqu'à l'accouchement la malade conservera une gêne légère du membre supérieur droit. Des réflexes sont redevenus à peu près normaux.

La malade qui a commencé par prendre du lait, supporte maintenant un régime varié. On donne des granules de strychnine. Laxatifs et purgatifs toujours fréquents.

Des mensurations pratiquées à plusieurs reprises, ne décelèrent jamais d'atrophie au niveau du bras droit, qui mesure cependant un demi centimètre de moins que le bras gauche, au niveau des circonférences bicipitale et antibrachiale.

On n'observe aucun trouble trophique pendant toute la durée de l'affection, mais seulement des troubles vasomoteurs pendant les huit premiers jours, troubles consistant en cyanose légère de la main et rougeur de l'avant-bras.

Rien au cœur ni aux poumons.

Dès que le bras put le supporter, on fit chaque jour des frictions, puis des massages avec mobilisation. L'enveloppement ouaté fut continué assez longtemps, la malade ayant une légère sensation de froid sans enveloppement.

Accouchement le 16 mars 1920, d'une fille de 3.600 ; placenta 600 (1/6).

Aucune complication dans les suites de couches. Après l'accouchement, le fonctionnement du membre supérieur droit est absolument parfait, l'état général est excellent.

*
* *

La première remarque que nous pouvons faire

devant cette observation, c'est que la névrite localisée au bras droit succéda à des vomissements graves de la grossesse qui cessèrent dès l'installation de la névrite.

Comme dans toutes les névrites localisées du type supérieur survenant dans les suites de couches, notre malade présente des troubles atteignant les fléchisseurs du membre supérieur droit et les zones du médian et du cubital. On n'a pas signalé jusqu'ici de névrite puerpérale des branches du radial.

Après un début brusque, la maladie revêtit pendant quelques jours un caractère suraigu. Rapidement installés, les symptômes évoluèrent de même, les troubles sensitifs disparaissant bientôt, les troubles moteurs persistant au contraire, quoique de plus en plus atténués pendant cinquante jours : en somme, phénomènes sensitifs plus aigus mais peu tenaces, phénomènes moteurs moins accentués mais plus durables. Notre névrite en somme, suivant la règle générale des névrites puerpérales, reste intermédiaire entre les névrites surtout motrices (type des névrites saturnines) et les névrites spécialement sensitives (névrites alcooliques). Quant aux phénomènes électriques, ils sont ici peu accentués : d'ailleurs les signes électriques intenses et en particulier la réaction de dégénérescence ne se voient que dans les cas graves et prolongés.

Mais au lieu de vomissements graves précédant la névrite, on peut voir une autre manifestation de l'intoxication, l'albuminurie gravidique, qui, dans les cas sévères, aboutit à l'éclampsie. Bar publia, en 1904, une observation d'atrophie musculaire, type Aran-

Duchenne, survenue chez une femme qui, dès sa première grossesse et pendant quatre grossesses consécutives, présenta une forte albuminurie (avec éclampsie au premier accouchement).

OBSERVATION XI. résumée

(BAR, *Soc. d'Obst. de Paris*, 19 mai 1904)

(in *th. de Puyo*)

M^{me} L., 25 ans.

Mère albuminurique ; père mort de typhoïde.

Antécédents personnels :

Première grossesse il y a cinq ans. Albuminurie massive, jusqu'à 11 grammes par litre ; trois crises d'éclampsie au moment de l'accouchement, l'albuminurie persiste après l'accouchement.

Deuxième grossesse il y a trois ans. L'albuminurie a augmenté ; accouchement normal.

Troisième grossesse il y a deux ans : 2 grammes d'albuminurie.

La malade vient consulter le 19 avril 1901, pour une quatrième grossesse.

Grossesse de sept mois environ. Albumine, 1 gr. 50 par litre.

La malade présente de l'atrophie et de la paralysie des deux mains.

Cette paralysie a débuté vers le troisième mois de la première grossesse, il y a cinq ans. Dès le début de cette première grossesse, grande faiblesse des muscles du pouce. La paralysie s'accroît à la suite de l'éclampsie du travail, augmenta après l'accouchement et dans les années suivantes.

Pendant la deuxième grossesse, la paralysie gagne la main gauche.

La troisième grossesse ne semble pas avoir influé sur la paralysie.

Examen.

Main droite. — Atrophie des éminences thénar et hypothénar. La main est sans force, ne peut serrer un objet ; peut fléchir les phalanges et les phalangettes, mais non les phalanges. Les muscles de l'avant-bras, du bras et de l'épaule paraissent intacts. La sensibilité au tact est conservée sur la main, mais la sensibilité à la douleur est très émoussée ; la sensibilité à la chaleur est très diminuée. Sensibilité conservée au niveau de l'avant-bras et du bras.

Main gauche. — Atrophie moins accentuée qu'à droite. Les mouvements d'opposition du pouce sont faibles ; pas de mouvements de latéralité des doigts ; flexion des phalanges et des phalangettes, mais non des phalanges. Les muscles de l'avant-bras et du bras sont intacts. Pas de troubles de la sensibilité de ce côté.

L'examen électrique montre de la faiblesse des fléchisseurs et du cubital antérieur du côté droit. A la main droite, aucune réaction au niveau des muscles thénariens, hypothénariens et interosseux. Les extenseurs des doigts sont intacts.

Du côté gauche, les extenseurs sont intacts, les fléchisseurs et le cubital antérieur réagissent mieux qu'à droite. Aucune réaction des muscles thénariens, hypothénariens et interosseux.

*
* *

Ici encore on trouve des troubles moteurs et des troubles de la sensibilité très accentués, avec atrophie marquée ; ils ont encore débuté par le côté droit, où ils restent plus prononcés qu'à gauche. Enfin les signes électriques sont à leur maximum et correspondent à l'intensité des autres phénomènes. D'autre part, on ne relève comme antécédents immédiats de l'affection que de l'albuminurie grave.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Alors que pour certaines affections de la grossesse ou du puerperium, l'âge, la primiparité ou la multiparité ont une influence incontestable, rien ne nous autorise à faire intervenir une de ces causes dans la névrite puerpérale. Les différentes observations publiées jusqu'à ce jour sont celles de femmes d'âges très variés, primipares ou multipares. Ces malades auraient-elles un système nerveux plus ou moins pathologique, offrant en quelque sorte un terrain tout préparé à l'affection ? Cela est fort possible chez les malades à hérédité nerveuse tant soit peu chargée. Mais la plupart des observations concernent des femmes absolument indemnes au point de vue nerveux. Et chez notre malade nous n'avons rien trouvé, ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécé-

dents personnels qui puisse faire admettre une tare nerveuse quelconque.

Il n'en est pas moins vrai que tous les auteurs ont vu survenir l'affection dans les mêmes circonstances. C'est toujours dans les suites de couches fébriles que se produit la névrite post-partum, et ce sont toujours des symptômes d'intoxication grave qui précèdent la névrite de la grossesse.

L'infection dans le premier cas est certainement en cause. Le streptocoque qui se multiplie pendant les premiers jours des suites de couches fébriles, élabore une toxine qui produit rapidement la névrite. Bien que l'on ne possède pas la preuve expérimentale de ce fait, on peut admettre sans difficulté que le streptocoque de l'infection puerpérale agisse comme l'agent pathogène de la diphtérie, de la typhoïde, etc.

Quant à la cause de la névrite gravidique, elle se manifeste moins clairement tout d'abord. Il est certain que la névrite de la grossesse, généralisée ou localisée apparaît à la suite ou au cours des vomissements graves, et qu'elle disparaît ou commence à regresser quand les vomissements ont cessé depuis quelque temps. L'observation de Desnos, Joffroy et Pinard, celle de Whitfield, celle de Devic, sont caractéristiques à ce sujet et la nôtre leur est superposable (obs. X). De même l'observation de Bar (obs. XI) indique bien l'albuminurie grave comme étiologie de la névrite qu'elle précède.

La pathogénie de l'affection est en somme celle des vomissements graves de la grossesse et celle de l'albuminurie gravidique. On pourrait dire avec

certains auteurs que les vomissements épuisent l'organisme et surtout le système nerveux et que la névrite survient précisément à cause de cet épuisement ; qu'au cours de ces vomissements il se produit dans le tube digestif des fermentations toxiques. On peut penser tout aussi bien que les vomissements, tout en favorisant l'éclosion de la névrite par l'épuisement de l'organisme, reconnaissent en réalité la même cause que cette névrite. Et la névrite étant installée, les vomissements peuvent contribuer évidemment à l'augmenter, mais ils ne la créent pas. Cette idée d'ailleurs s'accorde bien avec l'évolution de l'affection. Dans les cas graves, en effet, dès que les vomissements ont cessé, la névrite, même intense, ne tarde pas à s'amender ; et cela, premièrement parce que la cause a disparu qui produisait à la fois la névrite et les vomissements, ensuite parce que les vomissements une fois supprimés, l'alimentation peut-être reprise et l'état général s'améliore rapidement.

Mais en définitive, nous ne savons pas avec certitude quelle est la cause première de l'affection. Cependant, puisque l'intoxication (par infection microbienne) est nettement en cause dans la névrite des suites de couches fébriles, on peut bien également invoquer une *intoxication* comme cause de la névrite pendant la grossesse. Cette intoxication serait produite par la grossesse elle-même. L'intoxication gravidique dont on ne connaît d'ailleurs pas absolument la nature, qui retentit de diverses façons sur tous les organes, affecte également le système nerveux périphérique, donnant lieu aux polynévrites ou aux névrites localisées.

Remarquons cependant que notre malade présenta, dans la semaine qui précéda l'apparition des troubles nerveux, une constipation opiniâtre, avec redoublement des vomissements bilieux, bien plus abondants et fréquents qu'auparavant. On peut donc penser qu'il y a une relation entre la production de la névrite et ces troubles digestifs et hépatiques : les émonctoires étaient évidemment troublés plus que jamais, ce qui favorisa au maximum l'intoxication.

Les toxines fabriquées en quantité exagérée au niveau du tube digestif et retenues dans l'intestin par une constipation rebelle, se répandent dans tout l'organisme où elles produisent des troubles variés. C'est de cette façon que Saby (*Le traitement médical de l'éclampsie*, th. de Lyon, 1920) explique l'origine de l'éclampsie. Nous croyons que cette théorie peut expliquer aussi bien la production des névrites de la grossesse.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la névrite puerpérale, quelle que soit sa forme, est généralement facile. Dans les suites de couches fébriles surtout, il n'offre aucune difficulté.

Chez notre malade, les douleurs intenses du début et la rougeur du bras en même temps que la température, pouvaient donner l'idée de douleurs rhumatismales, quoique le caractère fulgurant de ces douleurs ne laissât pas d'étonner un peu. Mais l'hyperesthésie, les troubles de la motilité et de la sensibilité, montrèrent sans aucun doute qu'il s'agissait d'un phénomène nerveux. Restait à savoir d'où venait cette névrite. On ne trouvait rien du côté de la moelle : le

cas d'ailleurs eût été extrêmement rare d'une névrite localisée à un seul membre d'origine médullaire. On ne trouvait rien non plus au point de vue hystérie : aucun antécédent pathologique, aucun stigmaté ; l'examen, d'autre part, ne montrait pas d'anesthésie en tronçons et les réflexes étaient diminués.

. Une intoxication exogène pouvait naturellement retentir sur le système nerveux périphérique. Or, on ne trouvait ni alcoolisme, ni aucune autre intoxication extérieure.

Enfin, un fait important orientait le diagnostic du côté de la névrite gravidique, à savoir les vomissements graves auxquels succédait l'affection. C'est, avec la constipation, le seul trouble qu'on relevait avant l'apparition de la névrite, trouble qui ne manque jamais dans les névrites graves de la grossesse et que tous les observateurs ont noté. On peut donc dire que chez une femme enceinte, présentant ou ayant présenté très récemment des vomissements graves et tenaces, à retentissement sur l'état général, les douleurs fulgurantes accompagnant des troubles moteurs localisés doivent faire penser à la névrite d'origine gravidique, dont le diagnostic sera confirmé par la suite de l'examen.

Reste la température, que la malade présentait pendant les premiers jours après son entrée à l'hôpital. Une élévation à plus de 39° succédait à des oscillations autour de 38° ayant débuté huit jours avant, au moment où redoublaient les vomissements de la grossesse. Or, la malade n'avait rien aux poumons et ne présentait aucun symptôme qui put faire penser à une affection

fébrile organique quelconque. Quoique la température ne dépasse pas 38° ordinairement dans les vomissements incoercibles, on ne peut guère s'étonner que l'insomnie, l'agitation, le manque de repos dû à la douleur aient produit une élévation au dessus de 39°. Cette poussée thermique ne dura d'ailleurs que vingt-quatre heures ; la température redescendait progressivement à 37°, où elle se maintint à partir du sixième jour. Elle n'infirmait donc en rien le diagnostic.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic de la névrite puerpérale localisée diffère naturellement dans chaque variété de cas. Il paraît moins grave dans la névrite des suites de couches. Plus sévère dans la névrite gravidique, il reste bon cependant en règle générale, la maladie évoluant toujours en définitive vers la guérison. En comptant tous les cas de névrites puerpérales variées observées jusqu'à ce jour, on n'en trouve que cinq qui se soient terminés par la mort.

Il faudra donc faire tout d'abord un pronostic d'après l'état général, et, dans les cas sérieux c'est en réalité le pronostic des vomissements qui domine tout : pronostic sévère si les vomissements prennent un caractère incoercible, persistent malgré le traitement ou augmentent, pronostic favorable au contraire,

quels que soient les signes locaux, si les vomissements cessent.

Mais en dehors de ces cas très graves, du reste rares, où la vie de la malade est en jeu et où l'affection nerveuse passe au second plan, il faut faire le pronostic de la névrite elle-même. Or, on ne devra pas juger de la gravité d'après l'intensité des phénomènes sensitifs, ni d'après celle des troubles du mouvement pendant les premiers jours. C'est l'examen électrique qui renseignera sûrement et rapidement. Si la contractilité musculaire persiste, peu altérée, on est autorisé à porter un bon pronostic.

C'est ce que l'on peut constater d'ailleurs dans l'observation de notre malade. Cette femme, qui dès les premiers jours présentait des troubles sensitifs intenses, qui ne pouvait remuer le bras ni serrer un objet dans sa main, guérit cependant en quarante jours. Son examen électrique avait été très favorable. Donc, si l'état général n'est pas trop mauvais. s'il n'y a pas de réaction de dégénérescence, il ne faut pas se laisser impressionner par la gravité des phénomènes moteurs et surtout sensitifs.

Rappelons que la névrite généralisée est ordinairement plus grave que la névrite localisée : il semble que l'intoxication soit quantitativement plus importante dans la polynévrite généralisée. Il paraît donc tout naturel que l'intoxication chez notre malade, — intoxication assez légère en somme puisque l'état général ne fut pas alarmant —, n'ait produit qu'une névrite localisée et non une névrite généralisée.

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

En face d'une névrite puerpérale localisée, deux actions thérapeutiques solliciteront simultanément l'art du médecin ; l'une agissant sur l'état général, l'autre sur la névrite elle-même. Suivant le cas, l'une ou l'autre prédominera tout d'abord.

Nous ne dirons rien de spécial sur le traitement causal de la névrite localisée des suites de couches, car c'est celui de l'infection puerpérale elle-même ; son traitement local reste identique à celui de la névrite gravidique.

Dans les névrites gravidiques, le traitement général variera suivant la gravité de l'affection. Dans les cas

graves où le pronostic a été réservé, c'est en traitant les vomissements incoercibles et l'état général que l'on traite en réalité la névrite qui n'est en somme qu'une complication. A ce moment, c'est la vie de la malade qui importe. Dès que le traitement agit sur les vomissements et l'état général, les phénomènes névritiques ne tardent pas à s'amender un peu.

Dans les cas plus bénins, et ce sont heureusement les plus fréquents, les vomissements, sous l'influence d'un traitement médical, ont diminué ou même disparu. Le médecin sera alors dans les meilleures conditions pour agir sur l'affection nerveuse. Et là encore, sans se laisser absorber uniquement par le traitement de la névrite elle-même, il faudra chercher à atteindre la cause de cette névrite, qui est l'intoxication, comme nous l'avons vu en étudiant la pathogénie.

Ce traitement de *désintoxication* doit même être institué dès le diagnostic posé et continué soigneusement. Dès le début, il faudra éliminer les toxines par les purgatifs, fixer par le charbon celles que les purgatifs n'auront pu chasser, et, par un régime approprié, éviter l'arrivée de nouvelles toxines. Les purgatifs légers mais continus, surtout les purgatifs salins qui ont une action bienfaisante sur le foie, assureront l'élimination ; les tisanes abondantes et diurétiques continueront cette action et favoriseront les émonctoires. Souvent ces malades seront des constipées opiniâtres chez lesquelles il faudra obtenir à tout prix la selle quotidienne : le lavement pourra aider ou quelquefois remplacer le laxatif. On donnera enfin du charbon végétal (2 ou 3 paquets de 2 gr. dans un

grand verre d'eau). C'est en somme le traitement de désintoxication que Saby prescrit dans l'éclampsie.

Par la surveillance du régime, on supprimera autant que possible tout apport alimentaire intoxicant. Après une diète hydrique continuée tant qu'il sera nécessaire, le lait puis les végétaux formeront la base de l'alimentation, tandis que les viandes, les matières albuminoïdes, les épices et tous les aliments irritants pour le tube digestif seront soigneusement écartés.

En peu de jours, l'organisme sera suffisamment désintoxiqué pour permettre un régime plus reconstituant dont la malade a un si grand besoin. A ce sujet, l'ingéniosité du médecin instituera un régime de plus en plus tonique et substantiel, mais qui cependant ne soit pas nocif. C'est à cette période que sera indiquée la strychnine, tonique nerveux et général par excellence. On pourra donner également les reconstituants les plus variés.

Parallèlement à ce traitement général, on commencera le plus tôt possible le traitement local. Souvent, dès le premier jour, l'intensité de la douleur aura demandé l'enveloppement du membre malade et les onctions ou les liniments calmants. C'est ce qui fut fait pour notre malade.

Et aussitôt que le permettra la diminution des phénomènes douloureux, on commencera les frictions qui deviendront bientôt de véritables massages avec mobilisation active : les séances courtes et peu fréquentes au début, seront ensuite plus longues et plus rapprochées. Enfin, la mobilisation active et volontaire à laquelle il faudra amener peu à peu la malade,

sera d'un grand secours pour la récupération des mouvements et pour éviter l'atrophie. D'ailleurs comme il s'agit le plus souvent du bras droit, les malades se servent très vite de leur bras dans la mesure où elles le peuvent, pour ainsi dire par nécessité et sans aucune contrainte.

Chaque fois qu'on le pourra, et surtout si la paralysie est tenace, on se trouvera bien d'employer l'électricité. Au début, quand la paralysie est complète, on aura recours aux courants continus de faible intensité ; puis, dès l'apparition des premiers mouvements volontaires, on appliquera les courants faradiques. Dans des cas prolongés et qui paraissaient voués à l'incurabilité, Pinard, Tuilant ont obtenus des résultats très satisfaisants.

Citons enfin la douche chaude, les bains salés, les bains sulfureux, qui constituent des adjuvants souvent fort utiles dont il faudra savoir tirer profit.

CONCLUSIONS

1° Les névrites puerpérales localisées aux membres supérieurs se voient dans les suites de couches et pendant la grossesse. Elles affectent dans la grossesse soit une forme légère sans signes généraux, sans vomissements, sans albuminurie, soit une forme grave survenant à la suite d'albuminurie ou de vomissements graves.

2° Nous publions une observation de névrite localisée au membre supérieur droit au cours de la grossesse, chez une malade qui venait de présenter des vomissements graves et tenaces.

3° Cette observation montre que, contrairement à ce que l'on observe presque toujours, à savoir l'existence de névrites localisées au cours des suites de couches, ces névrites peuvent exister pendant la gestation.

4° Alors que les névrites survenant au cours de la grossesse consécutivement aux vomissements graves, sont presque toujours des névrites généralisées, notre

observation montre la possibilité de l'apparition, dans les mêmes circonstances, de névrites localisées.

5° Les névrites localisées survenant au cours de la grossesse semblent devoir être rattachées, comme les vomissements avec lesquels elles coïncident ou auxquels elles succèdent, à l'intoxication gravidique, elle-même fréquemment d'origine intestinale.

6° Les symptômes de névrites localisées de la grossesse ou des suites de couches sont à la fois sensitifs et moteurs. A noter chez notre malade l'intensité des phénomènes douloureux et l'absence de réaction de dégénérescence. Pas de troubles trophiques aux membres supérieurs.

7° Le pronostic des névrites puerpérales localisées semble en général des plus favorables. Le traitement doit s'adresser à la cause : dans les suites de couches il doit lutter contre l'infection ; dans la grossesse il doit viser à la désintoxication de l'organisme par les procédés habituels.

Ce traitement causal sera complété par le traitement local approprié.

Le Président de la Thèse,
FABRE.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 28 Avril 1920.
Le Recteur Président du Conseil de l'Université
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1880. RAYMOND. — De la puerpéralité. Th. agrégation.
1884. SIREDEV. — Maladies puerpérales.
1886. KAST. — *Deut. Arch. f. Med.*
LÉONARD. — De l'hystérie pendant la grossesse. Th. de Paris.
1887. MÖBIUS. — *Münchener med. Woch.*
BOUCHARD. — Leçons sur les auto-intoxications. Paris.
VINAY. — Archives de tocol (p. 837).
1888. DESNOS, JOFFROY et PINARD. — *Bulletin de l'Acad. de Med.*
1889. WHITFIELD, — *Lancel London.*
1890. MÖBIUS. — *Münchener med. Woch.*
1891. TUILANT. — Des névrites puerpérales. Th. de Paris.
1892. DEVIC. — *Province Médicale* (n° 9 et 10).
E. et J. SOTTAS. — Polynévrites puérpérales. *Gaz. med. des Hôpitaux.*
1893. STRAUSS. — De la Psychose polynévritique. Th. de Lyon.
1894. VINAY. — Traité des maladies de la Grossesse et des suites de couches.
1895. ETTLINGER. — Des Polynévrites. *Gaz. des Hôpitaux.*
VINAY. — *Lyon médical* (décembre).
EULENBURG. — *Deut. med. Woch.*

1896. BAYLE. — Des névrites puerpérales. Th. de Lyon.
1898. JAISON. — Psychoses puerpérales. Th. de Paris.
- LASNIÉE. — Névrites périphériques pendant la grossesse et le puerperium. *Quinz. médic.*
1903. NAUREILS. — Des névrites puerpérales. Th. de Bordeaux.
1904. BAR. — Société d'Obst. de Paris, 19 Mai 1904.
- PUYO. — Des névrites gravidiques. Th. de Paris.
1909. BONNAIRE et ROSENVITZ. — Névrites périphériques transitoires dans l'état puerpéral. *Presse Médicale*.
1912. DUCASSE. — Contribution à l'étude des névrites gravidiques. Th. de Toulouse.
- POULIOT et VIGNES. — *Journal de Med. de Paris* (Janvier 1912).
1914. BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La Pratique de l'Art des Accouchements (3^e édition).
1920. SABC. — Le traitement médical de l'éclampsie. Th. de Lyon.

